Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner)

Über
Plexuslähmungen
bei
Spontangeburten

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Hohen Medizinischen Fakultät der

Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von
HANS BRIEGER
Arzt
aus Breslau

Breslau 1921
Druck: Arthur Benjamin, Breslau 5, Gartenstr. 43

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu Breslau.

Referent: Professor Dr. Küttner.

Im Jahre 1746 weist Smellie als erster auf kindliche, infolge der Geburt entstandene Lähmungen hin. Duchenne gibt 1872 zum 1. Male ein genaues klinisches Bild der Geburtslähmung, während Erb bald darauf (1874) auf Grund experimenteller Untersuchungen die anatomischen Grundlagen derselben darstellt. Es gelang ihm, in dem später nach ihm benannten Erb'schen Punkt des plexus brachialis die Stelle zu finden, von welcher sämtliche gelähmten Muskeln innerviert werden. Als Ursache beschuldigt er immer geburtshilfliche Eingriffe der verschiedensten Art.

Später warnt Köster vor Verwechselung der ersten Erb'schen Lähmung mit den sogenannten Pseudolähmungen osteoartikulären Ursprungs, die von vielen Autoren (Küstner, Finck, Lange, Peltesohn) als die einzige Art der Geburtslähmungen angesehen werden. Aber auch bei diesen auf Knochen- oder Gelenkverletzungen zurückzuführenden Fällen werden nebenbei häufig noch echte Nervenläsionen gefunden.

Die Art des den Erb'schen Punkt treffenden Traumas wird je nach dem Geburtsverlauf verschieden beurteilt, sei es, daß es sich um eine Spontangeburt oder um ein durch Kunsthilfe zur Welt gebrachtes Kind handelt. Ob hierbei eine Zerrung der Nervenwurzeln oder eine Kompression oder vielleicht auch beides stattfindet, darüber sind die Ansichten noch geteilt. Prädisponierend wirkt nach Stransky die Asphyxie des Kindes, indem hierdurch eine Verstärkung eines an sich geringfügigen Traumas eintrete.

Während alle bisherigen Anschauungen in der Geburtslähmung eine durch den Geburtsvorgang bedingte Erkrankung sehen, weist Weil in einer neuen Arbeit auf die Möglichkeit einer intrauterinen Schädigung hin, deren Folgen die Lähmung darstelle. Ein Grund hierfür sei die Häufigkeit bei spontan verlaufenden Geburten, nach Shoemaker in ca. 20% aller Fälle. Da vielfach die Ansicht verbreitet ist, daß Plexuslähmungen fast ausschließlich bei künstlich beendeten Geburten auftreten, habe ich eine Zusammenstellung der Entbindungslähmungen bei spontaner Geburt aus der Litteratur vorgenommen. Ich konnte 45 Fälle sammeln.

Bevor ich die Fälle näher bespreche, gebe ich eine ganz kurze Uebersicht über den plex. brach. Wir unterscheiden partielle und totale Plexuslähmungen, unter den ersteren solche der oberen und der unteren Wurzeln. Die obere (Erbsche) Lähmung umfaßt die Mm. deltoid. biceps, brach. int., supin. long., evtl. auch brevis, oft auch supra- und infraspinat. Seltener ist die untere (Déjèrine Klumpkesche) Lähmung. Klinisch findet sich bei der Erbschen Paralyse das charakteristische Bild einer umfangreichen Armlähmung bei erhaltener Hand- und Fingerbewegung. Bei der Klumpkeschen Lähmung sind Mm. interossei, die Muskeln des Daumenballens und die Handbeuger gelähmt.

Differentialdiagnostisch kommen außer den Pseudolähmungen noch Rückenmarksaffektionen verschiedener Art sowie Epiphysenlösungen bei kongen. Lues in Betracht.

Ueber die Entstehung der Plexusverletzungen hat Weil in neuen Versuchen die Ansicht bestätigt, daß durch Zug am Kopf nur bei seitlicher Abweichung von der Körperachse eine Dehnung des plexus eintreten könne. Ein zweites, ätiologisch wichtiges Moment, sei das Kopfwärtsschieben der Schulter, die gegen den Hals fest eingekeilt ist. Alle anderen, in den Geburtsgeschichten häufig erwähnten Vorgänge könnten kaum eine Lähmung herbeiführen.

Von den 45 Spontanlähmungen waren 28 Kopf- und 9 Beckenendlagen, während 8mal nähere Angaben über den Geburtsverlauf fehlen. Erschwerte Geburt bestand in 12 Fällen, und zwar war 7 mal der Durchtritt der kindlichen Schultern durch das mütterliche Becken erschwert. Asphyxie findet sich unter diesen Fällen nur 2mal ausdrücklich erwähnt. In einem Falle mußte durch Druck von oben beim

Schulterdurchtritt nachgeholfen werden, 2 mal wurde ein Finger in die hintere Achselhöhle eingehakt. Ferner mußte in einem Falle durch seitliches Heben und Senken des Kopfes die hinter der Symphyse steckengebliebene Schulter gelöst werden. Dieser Mechanismus wird wohl von allen Autoren als Ursache einer Plexuslähmung angesehen.

Die meisten dieser Fälle finden also nach den bisherigen Anschauungen in dem Geburtsverlauf eine Erklärung; immerhin bleiben einige in ihrer Aetiologie unklar.

In 33 Fällen verlief die Geburt zwar völlig glatt, doch sind unter ihnen einige Anomalien der Kindslage, die von einzelnen Autoren der Ursache der Lähmung beschuldigt werden. So bestand 3mal Gesichtslage (Kaumheimer), 9mal Beckenendlage, davon 3 Fußlagen. Hierbei war 1 mal der nachher gelähmte Arm vorgefallen, 1mal lag er hinter dem Kopf in die Höhe geschlagen, und 1mal waren beide Arme über den Kopf geschlagen und die Nabelschnur um den Hals geschlungen. Demgegenüber findet sich sogar in einem Falle eine Lähmung des spontan geborenen Armes, während der emporgeschlagene und künstlich gelöste Arm völlig frei war.

Alle übrigen sind normale Geburten aus Kopflage, von denen noch 4 auffallend leicht zur Welt kamen. 2 Geburten verliefen ganz rapide, 2 waren Frühgeburten im 8. resp. 7½. Monat, wobei noch auf eine auffallend große Menge Fruchtwasser aufmerksam gemacht wird. Einmal war die Nabelschnur um den Hals des Kindes geschlungen. Asphyxie fand sich nur in 2 Fällen.

Unter sämtlichen bisher angeführten Fällen trat die Lähmung 3mal bei Geschwistern trotz normalen mütterlichen Beckens ein.

Eine ganze Anzahl der Fälle lassen sich aber durch die bis heute vertretenen Anschauungen nicht erklären. Aus Hinterhauptslage sind außer den erwähnten 4 auffallend leichten Geburten und der einen Frühgeburt noch 9 Fälle weder durch Anomalien der Kindslage und -Haltung noch des Geburtsverlaufs zu erklären. Man müßte also, um ihre Entstehung als „Geburts"lähmung aufrecht erhalten zu können, annehmen, daß schon die normale Geburt ein hinreichend großes Trauma sei, um eine Plexusläsion veranlassen zu können. Sellheims Untersuchungen zeigen, daß dies nicht der Fall ist. Es ist dies auch sehr unwahrscheinlich, da unter den vielen Hunderttausenden von Spontangeburten nur so wenig Plexuslähmungen auftreten. Viel wahrscheinlicher ist also Weils Ansicht, daß die Geburtslähmung nur die Folge eines intrauterinen Traumas ist, denn

1. In 23 Fällen von 45 Spontangeburten läßt sich überhaupt kein äußerer Anlaß feststellen (über 50%).
2. Die Lähmung tritt häufig bei Geschwistern auf, bei denen das mütterliche Becken keinerlei Anomalien zeigt.
3. Es finden sich noch andere Veränderungen am Körper, Hals, Kopf und am gelähmten Arm des Neugeborenen selbst.

Die mitunter auftretenden Luxationen und Frakturen sind noch nicht erklärt.

Welcher Art das intrauterine Trauma ist, läßt sich ebenfalls noch nicht mit Sicherheit sagen. Vielleicht bedingt die (in 2 Fällen erwähnte) erhöhte Fruchtwassermenge durch ihren Druck das Trauma, vielleicht ist es gerade ein Mangel an Fruchtwasser, der auch zu abnormen Kindslagen führt.

Zusammenfassung.

1. Die Geburtslähmung ist nicht selten bei Spontangeburten.
2. Die Geburtslähmung ist nicht immer durch den Geburtsvorgang bedingt.
3. In einer Anzahl von Fällen ist die Lähmung als Folge eines intrauterinen Traumas aufzufassen.
4. Die Art des Traumas wird durch weitere Forschung zu klären sein.